

# Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

## **Entrega de información médica:**

Autorizo a mi equipo de atención a dejar información de salud, como resultados de análisis, información sobre medicamentos o respuestas a mis preguntas en mi sistema de recepción de llamadas.

## **Consentimiento de comunicación:**

Consiento recibir todas las formas de comunicación de parte de mi equipo de atención. CHC puede llamarme, enviarme mensajes de texto o correspondencia con información importante, como recordatorios de citas, resultados de análisis, opciones de tratamiento, así como servicios o eventos de educación en salud. Entiendo que puedo elegir optar por excluirme en cualquier momento.

## **Consentimiento para recibir atención:**

Doy mi consentimiento al plan de atención propuesto por mi equipo de atención. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tengo el derecho de decidir si acepto o rechazo este plan. Haré las preguntas que sean necesarias y daré a conocer mis deseos.

## **Notificación de entrega de pago:**

Entiendo que CHC brindará cualquier diagnóstico e información requerida para garantizar el pago de compañías de seguro, así como cualquier pagador externo responsable. Entiendo que, a menos que yo lo limite expresamente por escrito, esto puede incluir todos los aspectos del tratamiento, incluidas pruebas o tratamientos de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias o condiciones de salud mental.

## **Acuerdo financiero:**

Reconozco que los copagos se deben realizar al momento de recibir el servicio. Cedo el pago de mi seguro directamente a CHC.

Entiendo que soy financieramente responsable ante CHC de los cargos no pagados por el seguro y que esos cargos serán adeudados dentro de los 30 días de la factura. Entiendo que, además de la factura de mi proveedor, también puedo recibir facturas aparte de laboratorio, radiología y otros servicios especializados.

## **Recibo de aviso de prácticas de información de salud:**

Me han ofrecido una copia de las Prácticas de Privacidad de CHC informándome sobre mis derechos en relación con la protección de mi información de salud. También me han ofrecido una copia de la Política de Cancelación sin Aviso, informándome sobre la importancia de acudir a mis citas y las consecuencias de no cancelarlas con aviso previo cuando no pueda acudir.

## **Derechos y responsabilidades de los pacientes:**

Me han ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes, la cual me brinda información sobre ser paciente de CHC.

## **Atención mediante telesalud**

Entiendo que las consultas de telesalud son facturables y que CHC cumplirá todas las leyes de privacidad de los pacientes. Si se requiere una consulta en persona, me lo notificarán. Entiendo que si se pierde la conexión electrónica, lo cual puede ocasionar problemas con la privacidad, mi equipo de atención me llamará al número que les he brindado.

Al firmar más abajo, usted acepta toda la información indicada más arriba.



# Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(si el paciente es menor de edad)